

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

katedra psychologie



Bakalářská práce

Tereza Němcová

Sociální opora u seniorů

Social support in senior age

Praha 2013

Vedoucí práce: **PhDr. Štětovská Iva, Ph.D.**

Poděkování:

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19.12.2013

.....

Abstrakt:

Práce se bude zabývat problematikou sociální opory a jejích specifík u seniorů. Věnovat se budu vymezení pojmů, zdrojům sociální opory a jejím možným pozitivům a negativům. Také budou popsány jednotlivé typy sociální opory a způsoby jejich zjišťování. Dále pak zvláštnostem stáří, jejím specifikům i jevům související nebo ovlivňující sociální oporu. Zvláštní pozornost pak bude zaměřena na seniory v ústavní péči v České republice. V závěru práce bude navržen výzkum mapující sociální oporu a kvalitu života u této skupiny seniorů.

Klíčová slova:

sociální opora, senioři, stáří

Abstract:

This bachelor's thesis is dealing with problematic of social support and its specifics in older age. I will write about terminology, sources of social support and their positive and negative effects. Also I will explain different types of social support and ways how can we determine it. Special attention will be focused on the seniors in institutional care in Czech republic. In the end of the thesis there will be designed a research for monitoring a social support and quality of life at this senior group.

Keywords:

social support, seniors, older age

OBSAH

Úvod	3
1 Sociální opora.....	5
1.1 Česká terminologie.....	5
1.2 Vymezení pojmu	5
1.3 Důležité aspekty sociální opory	6
1.4 Typy sociální opory.....	7
1.4.1 Pojetí sociální opory jako nárazníku.....	9
1.5 Teorie sociální opory.....	10
1.6 Zdroje sociální opory	11
1.7 Možné důsledky sociální opory	12
1.7.1 Pozitiva sociální opory	14
1.7.2 Negativa sociální opory	16
1.8 Zjišťování a hodnocení sociální opory	166
2 Stáří.....	18
2.1 Vymezení pojmu	18
2.2 Změny probíhající ve stáří	19
2.3 Pozitiva stáří.....	21
2.4 Rizikové faktory stáří.....	22

2.5	Strategie seniorů pro vyrovnávání se se stářím.....	24
2.6	Možné příčiny konfliktů v rámci probíhající sociální opory.....	27
3	Specifika sociální opory u seniorů	30
3.1	Změny ve zdrojích sociální opory	31
3.1.1	Domácí zvíře	32
3.1.2	Robotické zvíře	32
3.2	Senior jako poskytovatel sociální opory	33
4	Návrh výzkumného projektu	35
4.1	Výzkumný problém	35
4.2	Cíle výzkumu a hypotézy	36
4.2.1	Výzkumné cíle	37
4.2.2	Výzkumné hypotézy	37
4.3	Metodologie výzkumu	37
4.4	Výzkumný vzorek.....	40
4.5	Metody zpracování a analýzy dat.....	40
	Závěr..	41
	Seznam použité literatury	43
	Přílohy	52

Úvod

Všichni se setkáváme s různými překážkami, jež nám život staví do cesty. Ať už se s nimi vypořádáme jakkoli, vždy je přítomno množství působících faktorů. Ty ovlivňují nejen samotný proces a výsledek, ale i nás samotné. Jedním z těchto faktorů je sociální opora, resp. sociální opěrná síť, kterou v současné době využívá naše společnost, aby zajistila potřebnou pomoc a podporu pro každého člověka v různých životních situacích a etapách. To, že ve stresových situacích potřebují lidé najít zdroje podpory, aby se dokázali vyrovnat s negativními následky a regulovat své emoce, je doloženo i různými studiemi (např. Yang, Yang, Liu, Tian, Zhu & Miao, 2010).

Velká pozornost je věnována problematice stárnutí a stáří, a to zejména v důsledku prodlužující se délky života. Odborná veřejnost se zaměřuje na to, jak co nejlépe prožít stáří, jak se na něj vhodně připravit, jaké podmínky jsou k tomu potřeba i jaká je kvalita života seniorů jako taková. Jedním z faktorů ovlivňující míru kvality našeho života je právě rozsah a podoba naší sociální opory, jenž se nám v různé míře může dostávat především v těžkých obdobích našeho života, která se s přibývajícím věkem stupňují, a je stále těžší se s nimi vyrovnat.

Pod pojmem stáří si mnoho z nás představí např. chronické zdravotní problémy, nesoběstačnost, závislost, bolest či různé životní změny a ztráty. Právě v důsledku ztráty soběstačnosti, závažných zdravotních problémů či nemožnosti zajištění péče v přirozeném sociálním prostředí tráví většina seniorů sklonek svého života v zařízeních sociálních služeb. Položme si tedy otázku, jak se mění sociální opora seniorů se vstupem do ústavní péče. Je zachována ve stejné kvalitě a kvantitě jako za doby života seniora v jeho přirozeném prostředí, kde měl blízko ke své rodině a přátelům? Jak pak sociální opora ovlivňuje kvalitu života seniorů v ústavní péči? Toto je jen zlomek otázek, na které se bude snažit najít odpovědi právě tato práce.

Vlastním úkolem práce je popsat teoretická východiska a koncepty sociální opory a proces stáří jako jedné z nevyhnutelných etap našeho života. Cílem práce bylo

v teoretické části shrnout dostupné teorie a poznatky o výše uvedené problematice, v empirické části pak návrh výzkumu sociální opory u seniorů.

1 Sociální opora

Na sociální oporu se v posledních letech zaměřuje mnoho výzkumů i odborných prací, a to především ze dvou velkých odvětví psychologie. Jednak sociální psychologie, neboť sociální opora se vztahuje k lidem v okolí zkoumané osoby. Zadruhé je to psychologie zdraví, protože byla zjištěna významná korelace sociální opory a zdraví u daných jedinců a obdobná zjištění jsou realizována znovu u dalších nemocí či skupin lidí.

1.1 Česká terminologie

Původně se problematikou sociální opory začali zabývat anglicky mluvící psychologové a užívali pojem „social support”. Doslovný překlad tohoto pojmu je „sociální podpora”, a byl také původně v české literatuře užíván. Na začátku 90. let minulého století však tento pojem začala obecně užívat státní administrativa pro komplexní systém *„žádostí, posuzování a vyřizování výplat peněžitých dávek státní sociální podpory vybraným skupinám občanů”* (Břicháček, Habermannová, 2001, s. 28). Proto se od té doby překládá „social support” jako „sociální opora”. Tento termín bude užíván i v této práci.

1.2 Vymezení pojmu

V psychologii je běžné, že pro užívané pojmy neexistuje jediná správná a dokonale výstižná definice. Pojem sociální opora není výjimkou, každý z autorů ji pojímá a vymezuje trochu odlišně. V Psychologickém slovníku je sociální opora popsána jako *„vztahová opora v prostředí, v němž člověk žije; zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize; důležitý pilíř duševního zdraví.”* (Hartl & Hartlová, 2000, str. 374)

V české literatuře (např. Chamoutová & Chamoutová, 2006; Mareš, Hodačová & Býma, 2005) bývá často citována definice Křivohlavého (2001), podle které se *„sociální oporou v širším slova smyslu rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci*

určitým způsobem ulehčuje“ (Křivohlavý, 2001, s. 94). Z této definice pak budu nadále vycházet.

Definice se různě obměňují, rozšiřují či zpřesňují i na základě výzkumných poznatků a toho, čemu daný autor přikládá důležitost. Například autoři Pierce, Sarason a Sarason (1991) se zabývali rozdílem mezi očekávanou a získanou sociální oporou a zdůrazňují vliv předchozích zkušeností s konkrétními lidmi či situacemi. To pak ovlivňuje individuálně specifické způsoby toho, jestli a jak bude dotyčný možností sociální opory využívat.

Tím se dostáváme k různým úrovním a faktorům sociální opory, které byly dosud určeny a popsány jako klíčové.

1.3 Důležité aspekty sociální opory

V rámci sociální opory je několik míst, kde působí důležité faktory ovlivňující další vývoj událostí. Mají vliv nejen na vztahy mezi poskytovatelem a příjemcem opory, duševní stav všech zúčastněných, ale i samotnou efektivitu sociální opory. Vychází především z individuality a subjektivity všech zúčastněných.

Pokud se člověk dostane do situace, kdy vstupuje do hry sociální opora, má vědomě či podvědomě určitá očekávání ohledně možné pomoci. Má více či méně konkrétní představy o pomoci či podpoře, kterou doufá, že dostane. Ne vždy se však tyto představy přesně naplní, ať už z důvodu neochoty či nemožnosti tu správnou podporu poskytnout či jiných příčin. Dochází tedy k rozdílům mezi očekávanou a obdrženou sociální oporou, tedy toho, co daná osoba skutečně získala.

S tím souvisí i rozdíl mezi poskytovanou a obdrženou sociální oporou. Pomáhající něco dává druhému, to, co sám považuje za důležité a přínosné. Příjemce pak vidí pomoc zase ze svého úhlu pohledu, zda a co je pro něj užitečné (Schwarzer & Lepin, 1991).

Je důležité uvědomit si rozdíly ve vnímané hodnotě sociální opory pro jednotlivé lidi. Jednou rovinou je objektivní pohled na probíhající sociální oporu, tedy to, co je skutečně poskytováno a přijímáno. Druhou rovinou je subjektivní vnímání a hodnocení dané opory, neboť každý spatřujeme přínos a užitečnost v něčem jiném (Křivohlavý, 2001).

Tak například vzniká rozdíl způsobený disbalancí mezi očekávanou a obdrženou sociální oporou. Obdržená sociální opora se může od očekávané lišit nejen objemem (kvantitou), ale i typem opory (kvalitou). Vyplývá to z rozdílných prioritních žebříčků a úrovní potřeb, jež se mezi příjemcem a poskytovatelem sociální opory často zásadně liší. Očekávaná sociální opora vychází nejen z jeho potřeb, ale i z jeho představy o ochotě a možnosti jeho blízkých oporu poskytnout. V tomto ohledu musíme vzít v potaz ještě přiměřenost poskytované sociální opory, kdy je rozdíl mezi tím, co je člověku nabízeno a tím, co skutečně potřebuje. Může se totiž lehce stát, že nejen nedostatek, ale i přemíra nabízené opory může mít doslova negativní efekty nejen na příjemce, ale i na poskytovatele sociální opory, resp. na vztah mezi nimi.

Výsledkem všech působících faktorů je pak konečná podoba opory a jejích vlivů. Jedná se o efekt sociální opory. „*Tento termín vyjadřuje, jaký užitek má ten, komu je sociální opora poskytována, z toho, že mu tato opora byla poskytnuta (co je s to z ní vytěžit, co jí získá, co z ní načerpá)*“ (Křivohlavý, 2001, s. 97). V následující kapitole se zaměříme na jednotlivé druhy sociální opory a jejich členění.

1.4 Typy sociální opory

Sociální opora může mít různé podoby. K nejčastěji zmiňovaným typologiím sociální opory patří Housova typologie (1981), která rozlišuje celkem čtyři různé druhy sociální opory a to z hlediska jejího obsahu:

- **Instrumentální opora** – poskytnutí konkrétní formy hmotné či praktické pomoci, např. darování věcí, vyřízení neodkladných záležitostí, půjčka. Křivohlavý (2001,

s. 97) uvádí, že „někteří autoři hovoří v této souvislosti o tzv. asistenci potřebným. Iniciativa k pomoci při ní nevychází od člověka v tísní, ale od druhého člověka – od toho, který se z vlastní vůle rozhodl postiženému pomoci, a to velice konkrétně – věcně“.

- **Informační opora** – poskytnutí informace či rady, jež může dotyčný využít při orientaci v problémové situaci, do které se z nějakého důvodu dostal, např. co dělat nebo kam dál se ještě obrátit pro pomoc. Podle Křivohlavého (2001, s. 98) „do této kategorie patří také pomoc poskytovaná člověku v tísní tím, že je mu nasloucháno, zjišťují se jeho potřeby i jeho představy o tom, co by bylo možno pro něho udělat apod.“
- **Emocionální opora** – poskytování podpůrných emocí a jejich projevů, např. empatie, pochopení, láska. Křivohlavý (2001, s. 98) vysvětluje, že „člověku v tísní je empatickou formou sdělována emocionální blízkost“.
- **Hodnotící opora** – podporování a povzbuzování člověka v tísní, posilování jeho sebeúcty, sebevědomí či aktivity. „Spadá sem i sdílení těžkostí s člověkem v tísní i společné nesení některých těžkých úkolů spolu s ním“ (Křivohlavý, 2001, s. 98).

V odborné literatuře se dále můžeme setkat s dalším členěním základních druhů sociální opory, kterými jsou:

- **Nabízená opora** – poskytovatel opory dává člověku v tísní najevo možnosti pomoci a svoji připravenost k jejímu poskytnutí (poskytovatel pomoci rozpoznal, že člověk v tísní potřebuje pomoc a obvykle na něm nechává, zda jeho pomoc uzná či nikoli).
- **Vyhledávaná opora** – je taková opora, o kterou se člověk v tísní snaží různými způsoby žádat od svého okolí. Člověk pociťuje, že problémovou situaci nezvládá vlastními silami a okolí skrze své chování sděluje, že potřebuje podporu a že by ji od svého okolí uvítal.

- **Poskytovaná opora** – je pomoc poskytovaná člověku v tísní s cílem mu usnadnit zvládnutí problémové situace. Jedná se o věcnou podporu, kterou poskytovatel zaznamená.
- **Přijímaná opora** – představuje reálnou podporu, které se člověku v tísní skutečně dostane. Tuto pomoc může daný člověk získat tím, že dá svému okolí najevo potřebu podpory nebo o ni cíleně požádá. Pomoc však může získat i díky tomu, že si samo okolí všimne, že se daný člověk ocitl v problémové situaci, a proto mu potřebnou podporu poskytne.
- **Očekávaná opora** – podle Schwarzera a Leppina (1991): *„jde o osobní přesvědčování daného člověka v tísní o tom, že existují lidé, kteří jsou připraveni mu v případě potřeby pomoci“* (podle Křivohlavý, 2001, s. 96), resp. jde o individuální míru mínění daného člověka o tom, že jej sociální okolí stále uznává a je ochotné mu v případě potřeby poskytnout potřebnou podporu.
- **Vnímaná opora** – je takový druh pomoci, kterou člověk v tísní zaznamenal, je si jí vědom a bere ji jako něco, co mu pomáhá či nepomáhá, anebo co úplně chybí.

1.4.1 Pojetí sociální opory jako nárazníku

Sociální opora je někdy vykládána z hlediska účinku buffering effect (tzv. nárazníkového efektu). Pojem „nárazník“ je zde používán jako abstraktní termín pro pojetí poskytované pomoci člověku v tísní jeho okolím, kde posláním druhých lidí je *„pomoci tlumit negativně doléhající působení stresového faktoru (stresoru)“* (Křivohlavý, 2001, s. 105). Účinek buffering effectu se může projevit ovlivněním poznávací sféry člověka v tísní (např. získáním vědomostí o stresorech a možnostech jejich eliminace, pochopení podstaty problémové situace), posilováním sebeúcty (např. posílením sociálních dovedností a schopností), volbou účinnější strategie řešení problémových situací nebo

snižováním negativních důsledků působení stresoru na náš organismus (Křivohlavý, 2001, s. 105).

V kapitole 1.7 se následně budeme blíže zabývat obecným a specifickým vlivem sociální opory, dále pak jejím pozitivním vlivem na zdraví i možnými negativními důsledky.

1.5 Teorie sociální opory

Není důležité pouze to, jak se věci dějí, ale také proč tomu tak je. I kolem sociální opory vzniklo mnoho teorií. Mezi nimi vyniká pět nejvýznamnějších, kterými jsou:

- **Teorie opěrné sociální sítě a jejího vlivu na zdraví členů této sítě** – např. výzkumná studie autorů Ruberman, Weinblatt, Goldberg a Chaudhary (1984), která prokázala, že osamění nemocných lidí, tj. omezení sociálních kontaktů, má negativní vliv na jejich úmrtnost;
- **Teorie attachmentu** (Bowlby, 1997) – výzkumy rodinného systému prokázaly negativní důsledky narušení citového vztahu mezi dítětem a jeho matkou;
- **Teorie sociální opory jako salutoru** – v kontextu této teorie je sociální opora pojímána jako jeden z nejvýznamnějších pozitivních činitelů, který tak ovlivňuje dopad problémových situací na zdraví jedince (např. Schwarzer & Leppin, 1991, 1992);
- **Teorie sociální opory jako nárazníku v boji se stresem** (blíže viz kapitola 1.4.1);
- **Teorie podpůrných sociálních vztahů** (Pierce, Sarason & Sarason, 1991) – základem této teorie jsou vztahy mezi rodinnými příslušníky a klima rodiny, které jsou charakterizované rozsahem podpory, hloubkou mezilidských vztahů i intenzitou konfliktů mezi lidmi (Křivohlavý, 2001).

1.6 Zdroje sociální opory

Sociální oporu lze získat od různých subjektů. Z hlediska původu sociální opory rozlišujeme tři úrovně:

- **Makroúroveň** – sociální opora na úrovni státní i mezinárodní. Jako příklad mohou být uvedeny jednotlivé státní formy pomoci potřebným či různé mezinárodní charitativní organizace.
- **Mezoúroveň** – Jedná se o podporu od větší skupiny lidí, jež spojuje např. nějaký společný zájem nebo činnost. Sem spadá třeba pomoc od kolegů v práci, zájmových kroužků, komunit či náboženských skupin.
- **Mikroúroveň** – pomoc od konkrétních jednotlivců z blízkého okolí dotyčného. Například mezi manželi, přáteli nebo v rodině. Patří sem i sousedé a profesionálové (Křivohlavý, 2001).

Zdrojem sociální opory ve své celistvosti je opěrná sociální síť daného jedince, která může nabývat různých podob, šířek i hloubek a je velice individuální. Lze ji chápat jako soustavu všech dyadických vztahů mezi poskytovateli a příjemcem sociální opory. Stabilitu člověka v sociální síti pak zvyšuje pevnost jednotlivých vazeb mezi poskytovateli a příjemcem a také množství zdrojů sociální opory.

Nejvýznamnější a nejstabilnější zdroj sociální opory mají lidé nejčastěji v rodině a to i tam, kde jsou vzájemné vztahy nějak problémové (Keating & Dosman, 2009). Rodina jako celek totiž lépe odolává vlivu času, neboť její členové se rodí a umírají (nebo odcházejí) a tím se celý systém udržuje. Navzdory tomu partneři se mohou rozejít, přátelé rozhádat, sousedé přestěhovat. Rodina je poutána zákonem a krví a udržována rituály, např. oslavy narozenin či významných událostí. Říká se, že přátelé jsou rodina, kterou si vybíráme sami. Přestože se v našem životě setkáváme v převážné míře spíše s rodinami disfunkčními než s funkčními, je rodina nenahraditelný zdroj sociální opory a to především z důvodu stability v čase. „Se ztrátou této hodnoty dochází k poklesu

kvality života, a s ní velmi často souvisí i další negativní životní situace – zejména urychlení procesu stárnutí a vznik onemocnění, často také smrt“ (Blahutková & Matějková, 2010, s. 97).

Křivohlavý (2001) ve své práci odkazuje na studii sociální sítě a jejího opěrného vlivu, která byla uveřejněna pod názvem studie Roseto. Byla provedena v americkém městě, kde žili obyvatelé s vesměs italskými kořeny. *„V tomto městě existovala mimořádná intenzivní opěrná síť v rámci velice úzkých vzájemných vztahů celé skupiny přistěhovalců. Její vliv se projevoval mimo jiné i na zdravotním stavu obyvatel, který byl mimořádně dobrý. Když však v průběhu let došlo k prolínání americké populace do této výlučně italské enklávy, opěrná síť se narušila. Projevilo se to kromě jiného i sníženou měrou jejich pohody (well-being) i zhoršením celkového zdravotního stavu“* (Křivohlavý, 2001, s. 102-103).

1.7 Možné důsledky sociální opory

Sociální opora má mnoho možných následků, v odborné literatuře (např. Křivohlavý , 2001) hovoří přímo o vlivu.

U sociální opory rozlišujeme vliv obecný a specifický. *„Obecným vlivem sociální opory se rozumí kladné působení existence dobrých vzájemných mezilidských vztahů v sociální síti daného člověka na jeho psychický i fyzický stav v běžném životě. Usuzuje se, že zde dochází k souběhu dvou faktorů: osobnostní charakteristiky laskavosti a příznivého sociálního faktoru sítě sociálních vztahů“* (Křivohlavý, 2001, s. 104). Občas však nastanou nějaké konkrétní neobvyklé, zátěžové nebo krizové situace, kdy se pozice a vliv sociální opory pozmění. V těchto případech mluvíme o vlivu specifickém. Míru a sílu účinků sociální opory ovlivňují čtyři důležité aspekty, kterými jsou zvláštnosti na straně příjemce a poskytovatele opory, jejich vzájemný vztah a sociální situace.

Podstata vnímání sociální opory vzniká již v útlém věku na základě každodenního vzájemného působení blízkých lidí, nabytá zkušenost následně ovlivňuje další

každodenní interakce, do kterých dítě následně vstupuje. Pokud dítě získá pozitivní zkušenost se sociální oporou, vstupuje do nových vztahů s důvěrou a pocitem akceptování ze strany jeho sociálního okolí. Pokud je sociální opora jedincem vnímána jako kvalitní, o to více má pak tendenci jednotlivé sociální situace a interpersonální vztahy vnímat pozitivněji. Mareš (2002, s. 82) uvádí, že *„zvláštnosti příjemcovy osobnosti, jako je jeho sebeúcta, přesvědčení o tom, zda je s to sám kontrolovat běh událostí, jedincovy postoje k jiným lidem, to vše koreluje s vnímanou sociální oporou více než reálně uskutečněnou oporou a pomocí“*.

Stávající výzkumné studie se věnovaly především příjemcům sociální opory, i když kvalita sociální opory v mnoha ohledech závisí na jejím případném poskytovateli. Právě poskytovatel sociální opory posuzuje celou řadu okolností (např. způsob nabídnutí podpory, rozsah, intenzitu a dobu poskytnuté podpory, své schopnosti i možná rizika), které v důsledku ovlivňují jeho rozhodnutí, zda poskytne pomoc či nikoliv. Při tom může nastat mnoho různých potíží, které znesnadňují poskytnutí pomoci, resp. způsobí, že se poskytnutá pomoc zcela mine účinkem. Na straně poskytovatele se tak můžeme setkat např. s neschopností rozpoznat žádost o pomoc nebo pomoc nabídnout, nedostatečnou motivací poskytovatele k pomáhání, sociální nekompetentností či necitlivostí vůči druhému člověku. Je-li pomoc nakonec poskytnuta, může být příjemcem hodnocena jako neuspokojivá. V tomto ohledu pak záleží na osobních charakteristikách poskytovatele, které determinují kvantitu a kvalitu sociální opory (Mareš, 2002).

Dalším důležitým aspektem, který ovlivňuje úspěšnost sociální opory, jsou vztahy mezi poskytovatelem a příjemcem. Někteří autoři (např. Abbey, Andrews & Halma, 1995) zastávají názor, že vnímaná sociální opora vychází především ze současných interpersonálních vztahů mezi poskytovatelem pomoci a jejím příjemcem, které mohou nabývat různých podob. Podle Mareše (2002, s. 85) jsou-li mezi *„aktéry dobré osobní vztahy, je potenciální poskytovatel oporou už jen tím, že je a nemusí momentálně nic pro příjemce dělat. Naopak u špatných osobních vztahů, i když poskytovatel nabízí pomoc či ji přímo*

poskytuje, příjemce jeho snahu „filtruje“ přes své negativní zkušenosti či negativní postoje“. Poskytovaná pomoc je tak příjemcem viděna odlišně a může být ve svém důsledku hodnocena jako neúčinná pomoc.

Tabulka 1 – Míra shody a neshody mezi poskytovatelem a příjemcem sociální opory (Hupceyová, 1998 podle Mareše, 2002, s. 80).

		Subjektivní odhad: poskytovatel sociální opory se domnívá, že příjemce sociální oporu...	
		potřebuje	nepotřebuje
Skutečnost: příjemce potřebu sociální opory	má	sociální opora je nabízena a je přijata oboustranná spokojenost	sociální opora není nabídnuta, přestože ji příjemce očekává frustrace příjemce
	nemá	sociální opora je sice nabízena, ale je příjemcem nabídnuta frustrace poskytovatele	obě strany se shodují v tom, že sociální opory není třeba oboustranná spokojenost

Úspěšnost sociální opory v mnohém závisí také na konkrétní situaci, tj. sociálním prostředí a kontextu dané situace, ve které je sociální opora poskytována. Je možné, že určité typy sociálních situací zvyšují četnost neúspěchu poskytované pomoci, protože jsou „situovány do specifických konstelací sociálních podmínek“ (Mareš, 2002, s. 85).

1.7.1 Pozitiva sociální opory

Existuje řada výzkumů, které dokládají, že „pozitivní sociální vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení zdraví“ (Vašina, 2009, s. 66). Kladný efekt může mít už samotný fakt, že člověk sociální oporu ji nalezne. Např. Blaloc, DeVellis a Giorgino (1995) a Sherman, Shumaker, Rejeski, Morgan, Applegate a Ettinger,

(2006) dokládají, že většina lidí, která aktivně hledá oporu, ji nalezne a má z ní pozitivní benefity.

Kladný efekt sociální opory se však promítá do mnohých aspektů života. Eaton (1978) zaznamenal vyšší výskyt stresujících životních událostí u lidí, kteří nežijí v manželství. De Araujo, Van Arsdel, Holmes a Dudley (1973) zase zjistil, že u astmatiků je signifikantní korelace mezi nízkou úrovní sociální opory a větším množstvím potřebných léků. Dále byl zjištěn pozitivní vliv sociální opory na rekonvalescenci či vyrovnávání se s chronickou či nevyléčitelnou nemocí (Berkman, Vaccarino & Seeman, 1993)

Dean a Ensel (1987) identifikovali jako nejvýznamnější prediktor rozvoje deprese nízkou sociální oporu a to bez ohledu na pohlaví či věk. Ani v jiných studiích nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi následky pro muže a ženy. Zajímavé je, že se prokázala korelace mezi úbytkem sociální opory a pocitu osamělosti. Dále také, že úbytek sociální opory může vést ke snížení nejen duševního, ale i tělesného pocitu pohody a vést ke zvýšené potřebě léků (Winningham & Pike, 2007).

V souvislosti s tzv. stárnutím populace narůstá počet seniorek, jež žijí samy a mohou se tak jevit jako ohrožená skupina (Ehret & Massey, 2003; Hayes, 2006). Stejně tak se mohou jevit ti, kteří mají problém s dostatkem peněz, a těch je čím dál více. Sylvestre, Christopher a Snyder (2006) uvádí, že chudoba je čím dál častějším jevem u seniorek, jež bydlí samy. Avšak např. Ryser a Halseth (2011) uvádí, že i nízkopříjmové seniorky žijící samy mají nejen sociální síť, která je srovnatelná s ostatními seniory, ale spíše než ostatní si o potřebnou podporu řeknou.

1.7.2 Negativa sociální opory

I když z výše uvedeného se může zdát, že sociální opora je vždy kladný a žádoucí jev, může s sebou nést i určitá rizika a někdy i již tak těžkou situaci spíše zhoršit. Jsou dvě problematické oblasti, kam se mohou negativní vlivy sociální opory promítnout. Jednak je to vztah mezi poskytovatelem a příjemcem, za druhé pak k důsledkům a dopadům sociální opory (Kebza, 2005).

Sociální opora však může přinášet i negativa a to nejen její nedostatek, ale hlavně přebytek. Může tomu tak být třeba v případech, kdy je opora poskytovatelem vnucována, aniž by ji adresát vůbec potřeboval. Rovněž dělat potřebné věci místo člověka v těžké situaci není vhodné tolik, jako podpořit jej v jeho vlastním úsilí. Přehnaná péče totiž může snížit sebedůvěru a sebeúctu dotyčného a zvyšuje pocit bezmocnosti (Vašina, 2009).

Může však přinášet negativa i v oblasti zdraví a to například tlak určitých skupin nebo jedinců, jež podněcují či podporují rizikové chování. Patří tam mimo jiné i alkohol, psychoaktivní látky a sexuální rizikové chování, kde může nevhodná sociální opora i bojkotovat jinak realizovanou snahu o nápravu ať už z vlastního rozhodnutí dotyčného, nebo při podpoře z jiných sociálních zdrojů (Mareš, 2002).

Sociální opora může mít negativní dopad nejen na příjemce, ale i na jejího poskytovatele. Je tomu tak především u specifických zátěžových situací, kdy se může stát, že poskytovatel se psychicky zhroutí dříve, než ten, komu pomáhá. Často se toto objevuje u pomáhajících profesí, kdy dochází k tzv. syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2001).

1.8 Zjišťování a hodnocení sociální opory

Ke zjišťování a hodnocení sociální opory jsou využívány četné psychologické metody. Jednou z běžně používaných metod je zjišťování skupin lidí, které jsou danému

subjektu nejbližší, a vyvozovat z toho tzv. „sociální opěrnou síť osoby“ (Křivohlavý, 2001, s. 105). Tato metoda byla využita např. při zjišťování sociální opory hospitalizovaných dětských pacientů nebo v krizových situacích (Křivohlavý, 1999).

Další využívané metody se zaměřují nejen na identifikaci sociální opěrné sítě subjektu, ale zároveň zjišťují i to, na koho by se tento subjekt v problémové situaci obrátil o pomoc. Některé psychologické metody jdou ještě dál a u osob, které se ocitly v tíživé situaci, zjišťují, kdo je poskytovatelem pomoci a jaká je míra spokojenosti příjemce s poskytnutou pomocí (Křivohlavý, 2000).

Pro příklad zde uvádíme často využívaný dotazník zjišťování sociální opory nazývaný „Social Support Questionnaire“ (SSQ) autorů Sarason, Levine, Basham a Sarason (1983). Dotazník se skládá ze dvou částí. V první části je zjišťováno množství osob, které poskytují nebo by mohly v případě potřeby poskytnout pomoc. Ve druhé části dotazník zjišťuje míru spokojenosti příjemce s poskytnutou pomocí. Křivohlavý (2001, s. 106) uvádí, že *„výsledek tohoto šetření udává obecný pocit uspokojení dané osoby s její celkovou sociální oporou. Dalo by se říci, že ten, kdo dosahuje vysokých hodnot tohoto zjištěného údaje o sociální opoře, je člověkem sociálně spokojeným. Ukazuje se, že tento údaj je relativně stabilní. Naznačuje do určité míry i sociální postoj daného člověka – sociální optimismus.“*

Výsledná míra SSQ negativně souvisí s celkovou psychickou labilitou, umožňuje predikci sociálního chování příjemce opory a naopak ukazuje na pozitivní souvislosti se sociální interpretací. Mnoho výsledných studií (např. Pierce, Sarason a Sarason, 1991; Sarason, Lewine, Basham & Sarason, 1983) upozornilo na fakt, že osoby s vyšším výsledkem SSQ vnímají sebe sama poměrně pozitivněji a se svým životem jsou celkově více spokojeni (podle Křivohlavý, 2001).

2 Stáří

Problematika stáří spadá do vývojové psychologie a je poslední etapou vývoje lidského života. Často však bývá odbornou i laickou veřejností označována jako etapa postvývojová, neboť někteří se domnívají, že se už naplnily všechny schopnosti rozvoje (Bromley podle Stewart, Craig, MacPherson & Alexander, 2001) V extrémní míře může vyústit až v ageismus.

Ageismus je hodnotový a hodnotící postoj, který vidí ve stáří slabost a neschopnost. Vyznačuje se obecným nízkým míněním o starých lidech a jejich podceňováním nebo až pohrdáním a diskriminací starých lidí bez rozdílu. Příliš zjednodušuje a generalizuje (Kelnarová & Matějková, 2010).

Jsou však i tací, jež vidí stáří jako další životní dobrodružství a příležitost k duševnímu rozvoji s mnoha unikátními možnostmi a výhodami nedostupnými v dřívějších stádiích života.

2.1 Vymezení pojmu

Stáří je neoddělitelnou součástí našeho života. Období stáří je z hlediska své kvantity a kvality velmi variabilní. Není možné přesně stanovit, kdy je člověk starý. Různí lidé téhož věku se stejným zdravotním stavem se však mohou z hlediska svého vnitřního prožívání velmi lišit. Ze subjektivního hlediska se někdo může cítit velmi starý a duševně vyčerpaný, naopak druhý člověk bez rozdílu věku se může cítit mladý a plný vitality. Proto je nutné na období stáří i samotný proces stárnutí nahlížet individuálně.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) definují stárnutí jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti*“.

Počátek stáří se může určovat podle chronologického, sociálního, biologického nebo psychologického věku. Nejčastějším měřítkem, podle kterého se stanovuje normativní hranice stáří je věk chronologický, resp. kalendářní. Tento údaj však není možné hodnotit jako přesného ukazatele životního stavu jedince. Křivohlavý (2011) člení stáří na dvě období, tj. třetí životní fázi, kdy je člověk v důchodu (65 – 85 let) a čtvrtou životní fázi, o které hovoří jako o přípravě na odchod a odchodu ze života (85 let a více). Jedince starší věku 85 let označuje za období dlouhověkosti. Se stejným věkovým členěním se můžeme setkat také u Mühlpachra (2004), který rozlišuje celkem tři věkové kategorie: mladí senioři (65 – 74 let), staří senioři (75 – 84 let) a velmi staří senioři (85 let a více).

Pojem biologický věk je používán vždy v souvislosti s fyziologickým stárnutím, které probíhá u každého jedince různě, což je podmíněno genetickými dispozicemi, životním stylem, ale i časem. S biologickým věkem je úzce spjat věk psychologický, na který lze nahlížet jako na individuální vnímání vlastního věku z hlediska našeho psychického stavu. Naopak sociální věk může být vymezen několika sociálními změnami, které se udály v našem životě, či naplněním určitého měřítka, kterým je například odchod do důchodu.

Nazírání na člověka jako starého je odlišné kulturně, historicky i individuálně. Nejvhodnější pro tuto práci je použít věk sociální z hlediska České republiky, nejčastěji užívaným předělem je pak odchod do důchodu. To souvisí s několika zásadními změnami jako trávení času, změna sociální role, finanční situace, atd. (Farková, 2009).

2.2 Změny probíhající ve stáří

Jak už bylo uvedeno výše, je průběh stárnutí u každého člověka trochu jiný a tedy značně individuální. Záleží na mnoha aspektech, např. genetických predispozicích, zdravotním stavu, fyzické kondici ale i psychologických aspektech nebo náplni volného času. Například bylo zjištěno, že zhoršení paměti ve stáří bylo o polovinu pomalejší u lidí z učitelských profesí, než u ostatních (Wedlichová, 2008).

Ve stáří dochází k mnoha změnám i na biologické úrovni. Ty však začínají ještě před psychologickým stárnutím a jako předěl se označuje doba, kdy převažuje úbytek buněk nad vznikem nových.

Níže pro přehlednost uvádíme souhrn změn v organismu, které nastávají v období stárnutí.

Tabulka 2 - Změny ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> - změny vzhledu - úbytek svalové hmoty - změny termoregulace - změny činnosti smyslů - degenerativní změny smyslů - kardiopulmonální změny - změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování) - změny vylučování moči - změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> - zhoršení paměti - obtížnější osvojování nového - nedůvěřivost - snížená sebedůvěra - sugestibilita - emoční labilita - změny vnímání - zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> - odchod do penze - změna životního stylu - stěhování - ztráty blízkých lidí - osamělost - finanční obtíže

Velmi častým jevem je tzv. polymorbidita, kdy člověk trpí několika nemocemi a obtížemi současně, často chronickými či nevyléčitelnými. Dochází tak ke hromadění nepříznivých stavů různých komponent zdraví. Důvodem je opotřebovanost orgánů a pokles jejich výkonnosti. Nejvíce se zhoršuje kondice dýchacího ústrojí, cévní soustavy, stav ledvin, nervový systém, chuť, zrak, sluch a rychlost a intenzita reakce na podněty. Mění se i vnější vzhled člověka, vytrácí se elasticita kůže, šediví a slábnou či vypadávají vlasy, zmenšuje se výška, ochabuje svalstvo, vypadávají zuby (Kelarová, 2000). Posledních několik let se pak velmi zvyšuje počet seniorů trpících osteoartritidou, jež působí bolesti a omezení pohyblivosti (Davis, Ettinger, Neuhaus & Mallon, 1991; Ling & Bathon, 1998).

Na změny biologické nasedají změny psychické. „*Biologické involuční procesy vyvolávají zhoršení vnímání, zhoršení motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti (myšlení, paměť, citové prožívání, motivace aj.)*“ (Šimíčková-Čížková, 2010, s. 148). Lidé, jež v průběhu celého svého života neměli větší obtíže například s udržováním sociálních kontaktů, nemělo by se na tom mnoho změnit ani s nástupem stáří. Obecně lze říci, že vlastnosti či zvyky se se stářím spíše ještě více ustalují a zvýrazňují. A to jak ty dobré, tak i ty méně vhodné. Pokud tedy člověk plánuje v pozdním období nějaké změny, je lepší s nimi začít co nejdříve (Šimíčková-Čížková, 2010).

2.3 Pozitiva stáří

Pichaud a Thareauová (1998, s. 24) ve své práci uvádějí, že „*kdybychom na stáří pohlíželi jako na změnu, nebyli bychom překvapeni, že dochází k určitým ztrátám a zhoršení. Brali bychom také v úvahu, že stáří má i druhou stránku, totiž že se dál vyvíjíme a že člověk získává něco nového*“. V oblasti psychologie se v průběhu historie můžeme setkat s různými odborníky, kteří i přes stinné stránky stárnutí vidí ve stáří určitou příležitost k osobnostnímu růstu. Je zde na místě zmínit například Eriksonovu periodizaci (2002), podle které je stáří označováno jako konflikt integrity a zoufalství, kdy při pozitivním

vyřešení se člověk smíří se svým životem i sebou samým, užívá si života a je smířený se svou smrtelností (podle Vágnerová, 2008). Často vzrůstá chuť tvořit a předávat své zkušenosti, typické je zaměření na mezilidské vztahy a potřeba být pro ostatní prospěšný.

Proto je zde velký prostor pro to, aby senioři byli poskytovateli sociální opory, a to dokonce velmi přínosnými. Následně pak z takové podpory těží nejen její příjemce, ale i daný senior, jenž oporu poskytuje. Vzrůstá pocit potřebnosti pro druhé, sebevědomí a šance na uznání a respekt druhých. Tím se nezanedbatelně zvyšuje i kvalita života starších lidí.

Výzkumná studie autorů Oxman, Berkman, Kasl, Freeman & Barret (1992) se zaměřovala na výzkum osob starších 65 let z hlediska míry poskytované sociální opory. Této studii se účastnily dva tisíce lidí. Výše uvedení autoři došli na základě zjištěných výsledků k závěru, že *„u těch lidí, kteří mají vyšší míru sociální opory, je podstatně nižší úroveň deprese. Ukázalo se, že jsou to zvláště ženy, které jsou vnímavější k sociální opoře. V denním životě se to projevuje např. častějšími návštěvami jiných žen, častějšími a delšími rozhovory se ženami apod. Zjistilo se též, že lidé, kteří nikdy neměli důvěrné přátele, na tom byli zdravotně hůře než ti, kteří důvěrné přátele či přítelkyně měli. Zároveň se ukázalo, že míra sociální opory u „starých přátel“ je obvykle vyšší než u přátel, kteří se seznámili teprve nedávno“* (Křivohlavý, 2001, s. 110).

Rodina a přátelé jsou v životě starého člověka velmi důležití, protože představují určitý pevný bod v jeho životě. Zejména rodina je nedílnou součástí osobní integrity člověka a tvoří významnou část sociální opory.

2.4 Rizikové faktory stáří

Ve stáří dochází i k negativním změnám či rizikovým faktorům, ať už somatickým nebo psychickým. Špaténková (2008, podle Vašutová, 2010) uvádí tři nejčastější somatické

problémy seniorů, tzv. 3I, těmi jsou insomnie, inkontinence a imobilita. Insomnie označuje nespavost a potíže se spánkem, inkontinence je problém s udržení moči a imobilita značí obtíže s pohybem a se svým pohybovým aparátem. Upozorňuje také na změny v psychice u seniorů a to větší úzkostlivost, obtížná regulace emočních projevů, snazší ovlivnitelnost a sklony k depresivitě. Bývají méně adaptibilní na změny, mají sklony upadat často do apatie a rezignace. Jmenuje čtyři časté psychické problémy ve stáří, tzv. 4D, těmi jsou deprese, demence, delirium a drogová interakce. Delirium je kvalitativní porucha vědomí, při němž se objevuje blouznění a neklid. U starších lidí se spíše mluví o stavech zmatenosti. Drogovou interakcí se myslí závislost na lécích a problémy s alkoholem.

Jako velmi vážné riziko s možností vlivu na sociální oporu jsou poruchy se spánkem. Člověk, jenž trpí insomnií, má nezdárka negativně ovlivněnou náladu, což se odráží i na jeho vztazích s blízkými. Následky nekvalitního spánku přitom nejsou nijak banální: zhoršuje se pozornost, paměť, abstraktní myšlení, i další funkce, tyto obtíže pak mají vliv třeba na snížený pracovní výkon, osobní a v neposlední řadě také sexuální život jedince. Důsledky nespavosti jsou stopovány až do somatické oblasti: např. slábne imunita nebo se zvyšuje pravděpodobnost kardiovaskulárních problémů (Smolík, Pretl & Konštacký, 2011).

Stáří však skrývá i mnohá rizika a negativa a to nejen z hlediska fyzického v podobě různých obtíží a nemocí, ale i z hlediska psychického. Pokud se starý člověk dožije svých osmdesátých narozenin, dosáhne tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho generace (Vágnerová, 2008). Můžeme si povšimnout, že starší lidé mají zvýšený zájem o informace spojené s úmrtím osob ze svého okolí citového i geografického či zájem o různé celebrity, především těch, kteří byli populární v době jejich mládí.

Postoj starého člověka ke změnám se stává odmítavější. Cítí se stabilní ve světě, v němž dosud žil, rozumí mu a vyzná se v něm. Bývá spjatý se svou minulostí a vším původním, neboť se může cítit spolutvůrcem, na rozdíl od přítomnosti a budoucnosti,

jež odkazuje dalším generacím. Na většinu zásadních rozhodnutí nebo životních zvrátů dotyčný necítí dostatek času a tak roste význam vyrovnání se s minulostí a se sebou samým. Přesto může tento proces vyústit do pozitivního přijetí skutečnosti (Vágnerová, 2008).

Zvláštní rizikovou skupinu pak tvoří ovdovělí. Tito senioři jsou ohroženi zhoršujícím se fyzickým i mentálním zdravím, jež provází úmrtí jejich manželských partnerů. (Byrne & Raphael, 1997; Feld & George, 1994; Murrell, Meeks & Walker, 1991; Noris & Murrell, 1990; Rozenweig, Prigerson, Miller & Reynolds, 1997; Zautra, Reich & Guarnaccia, 1990). Neadekvátní sociální opora, zhoršené zdraví a individuální vulnerabilní faktory často následuje deprese (Harlow, Goldberg & Comstock, 1991; Jorm, 1995; Prince, Harwood, Blizzard, Thomas & Mann, 1997).

2.5 Strategie seniorů pro vyrovnávání se se stářím

Stáří je obdobím mnoha významných sociálních změn, jako je např. odchod do důchodu, zhoršení zdravotního stavu, smrt jednoho z partnerů nebo blízkých přátel apod. Starý člověk se s těmito změnami vyrovnává různě a k tomu vědomě či nevědomě využívá různé adaptační strategie. Zásadní je zejména schopnost jeho adaptace na sociální změny, která je zcela individuální. Míra adaptability je odvislá od celkového psychického a tělesného stavu seniora, jeho životních zkušeností, povahy sociální situace, rodinného zázemí, resp. kvality a kvantity jeho sociální opory. Langmaier a Krejčířová (2006, s. 207) uvádějí, že *„osobnost člověka je výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současné adaptace na nezbytné obtíže vyššího věku“*.

V odborné literatuře se můžeme setkat s tzv. strategiemi vyrovnání se se stárnutím nebo typologií reakcí na stáří (např. Pacovský, 1990; Haškovcová, 1990). Tyto způsoby chování a přístupu nejen k sobě samému, ale i k okolí nelze měnit dle přání dotyčného. Jsou dané a poměrně dobře zakořeněné v psychice člověka a vycházejí především z jejich dosavadního způsobu života, hodnot a názorů. Sebereflexí a upřímným úsilím se

však lze přiblížit k optimálnější strategii (Vašutová, 2010). O vyrovnaném člověku hovoříme jako o člověku, který přijímá skutečnost takovou, jaká je. Dobře se vyrovnává se změnami a svůj věk vnímá pozitivně (Pacovský, 1990).

Haškovcová (1990) rozlišuje celkem pět strategií vyrovnání se se stářím dle určitých společných znaků:

- **Strategie konstruktivismu** – vyznačuje se smířením a vyrovnaností. Ve své podstatě se jedná o ideální postoj ke stáří v případě, kdy se člověk těší dobrému zdraví, je soběstačný a život mu přináší potřebné uspokojení. Takový člověk hledá příležitosti k rozvoji, snadno si vytváří nové přátelské vztahy, přistupuje ke světu spíše optimisticky, je tolerantní a dokáže se lehce přizpůsobit novým situacím a změnám.
- **Strategie závislosti** – tento typ člověka je vyrovnaný, mívá však sklon k pasivitě a závislosti. Starý člověk není iniciativní, příliš se nesnaží, odpovědnost předává mladším lidem a spoléhá se na své sociální okolí, že mu poskytne dle potřeby podporu. Tento postoj se týká nejen jeho postoje ke světu, ale i jeho každodenním činnostem a problémům, jež je třeba řešit.
- **Strategie obranná** – tuto strategii volí spíše lidé, kteří nejsou ochotni smířit se s blížícími se změnami, mají tendenci popírat realitu a nechtějí své stáří akceptovat. Takovýto starý člověk je přehnaně horlivý, pomoc důrazně odmítá, i když se snaží oddalovat řešení problémů, je hrdý na své postavení a snaží se být vždy naprosto soběstační (na stáří je dobře materiálně zajištěn).
- **Strategie hostility** – tyto lidé jsou agresivní a nenávistní, obviňují všechny kolem sebe, vůči mladším jsou závistiví a nepřátelští. Vyrovnání se se stářím je pro ně velmi těžké a v některých případech až nemožné. Nejsou spokojeni jak se svým věkem, tak i se sebou samými a proto se vyhýbají sociálním kontaktům. Je to však jen jejich přetvářka, kterou maskují svoji duševní bolest.

- **Strategie sebenenávisti** – vyznačuje se agresí vůči sobě samému, takový člověk neakceptuje sebe sama, může se cítit osaměle a zbytečně a ztrácet chuť do života.

2.6 Možné příčiny konfliktů v rámci probíhající sociální opory

V každém vztahu nebo situaci dochází ke konfliktům různého charakteru. Je však několik příčin vzniku těchto konfliktů, jež jsou specifické u seniorů a jejich okolí. Snaha o rozklíčování a pochopení jejich specifické situace však může přispět k lepšímu porozumění a optimálnějšímu vyřešení situace. V současné společnosti se často můžeme setkat s rozdílnou hodnotovou preferencí osob jednotlivých generací.

Hodnotové preference samotných lidí, ale i celých generací ovlivňuje nejen životní zkušenosti a věk, ale i historický kontext. Obzvláště důležité je poukázat na tento fakt zejména v souvislosti se situací v České republice, kdy především v posledních sedmdesáti letech docházelo k mnohým a závažným změnám s rozsáhlými ekonomicko-polickými a sociálními dopady na společnost. Jako takové můžeme jmenovat některé významné události v naší historii, kterými je např. první světová válka (1914 – 1918), druhá světová válka (1939 – 1945), okupace ČSSR vojsky Varšavské smlouvy (1968) nebo sametová revoluce (1989) a pád komunistického režimu. Současná mladá generace tyto události sama neprožila a o daných událostech má jen zprostředkované informace, které slyšela ve škole, přečetla si o nich v knihách nebo viděla několik filmů, které se těmto významným událostem věnovaly. Možná je toto jeden z důvodů vzájemného neporozumění mezi jednotlivými generacemi, jejich rozdílnými hodnotami a názory na život.

Navíc proběhlo v minulém století množství změn v souvislosti s obrovským vědeckým pokrokem. Například v medicíně, kdy se zlepšila prevence i léčba mnoha nemocí, prodloužila se průměrná délka života a zlepšila se hygiena. Dostupnější je pak výživa a vzdělání. Změnil se model rodiny, posunul se průměrný věk sňatku, prvního početí i

počtu potomků v rodině. Současnou českou společnost ovlivňují a ohrožují jiné faktory, než např. před druhou světovou válkou.

Klevetová a Dlabalová (2008) v souvislosti s technickým pokrokem a modernizací společnosti uvádějí, že *„dnešní technické vynálezy a přesycenost informacemi narušují pravidla lidské sounáležitosti. Dochází také k tomu, že člověk pojmá vše ve směru zužitkování, materiální potřeby však vysoce převyšují duchovní hodnoty. Moderní komunikační prostředky ochuzují o lidské setkávání, o prožitky a zážitky lidského společenství a také o poznání lidského smyslu – být člověkem. Seniorům ubývá známá potřeba předávání informací z generace na generaci. Málokdo chce čerpat ze seniorských celoživotních zkušeností, dosažených osobních i pracovních cílů a chápání světa“* (Klevetová Dlabalová, 2008, s. 13).

Na téma mezigeneračních rozdílů ve vybraných hodnotových preferencích v české populaci dokonce proběhl výzkum (Pečtová, podle Břicháček & Habermannová, 2007). Ta zjišťovala odpovědi na tři otázky napříč třemi generacemi, které se dotazovaly na to, kdy se jedinec ve svém životě nejvíce bál, co považuje za svůj největší úspěch a kam by investoval peníze, pokud by mohl rozhodovat ve společnosti. Odpovědi byly psané volnou formou, po sběru dat byly rozřazeny do kategorií a bylo zjištěno, že mezi generacemi se objevují odlišnosti v pořadí a četnosti jednotlivých témat.

Generace nejmladších měla zážitek největšího strachu spojený se zážitky z dětství, následuje strach o zdraví členů rodiny a za třetí strach z výkonu ve škole či zaměstnání. Lidé ze střední generace nejčastěji uváděli strach o zdraví členů rodiny, následně o děti a za třetí o vlastní zdraví. Nejstarší generace uvedla na prvním místě zážitky z války, poté strach o zdraví členů rodiny a poté o vlastní zdraví. Ačkoli se četnost nebo pořadí jednotlivých hodnot u generací liší, můžeme zde najít jednotící prvek ve strachu o zdraví členů rodiny. Zdá se, že je to obava prostupující generacemi a málo měněná v čase.

V otázce na životní úspěchy byla shoda u střední a starší generace ve všech třech nejčastějších odpovědích a uváděli život dětí, rodinu a seberealizaci v práci. Zdá se, že tyto

hodnoty se mění s věkem, zřejmě však nikoli s historickým kontextem. Generace mladších pak uváděla studijní úspěchy, se značným odstupem poté úspěchy v práci a za třetí spokojenost s každodenním životem a malými úspěchy.

V odpovědi na otázku o směřování financí byla největší shoda napříč všemi třemi generacemi. Na prvním místě byla u poloviny probandů výzkum a léčba nemocí, na druhém místě problematika životního prostředí. Třetí místo se liší. U nejmladší generace se umístil vědecký výzkum, u střední generace podpora vzdělání a výchovy a u nejstarší generace ohrožené děti (Pečtová, podle Břicháček & Habermannová, 2001).

Výše zmíněná zjištění naznačují, že některé hodnoty se mohou proměňovat s věkem nebo historickým kontextem, jiné však mohou být relativně stálé. Často se objevují zmínky o zdraví a to nejen své vlastní, ale i svých blízkých nebo celé společnosti. Pro účely sociální opory se však nezdá, že by se od sebe generace nějak silně lišily a že by tedy odlišnosti v hodnotových preferencích měly sociální oporu narušovat z důvodu rozdílných věkových příslušností.

3 Specifika sociální opory u seniorů

Pomoc druhému, ačkoli je třeba potřebná či vítaná, může v určitých situacích být spíše na překážku. To se může stát především, pokud je pomoc extrémní - jak nedostatečná, tak i nadměrná. Můžeme si toho povšimnout například v rámci každodenních aktivit seniora, kdy se může setkat s nadměrnou péčí a opatrovatelstvím, které však ve svém důsledku může uškodit.

Chamoutová a Chamoutová (2006, s. 70) v této souvislosti uvádí, že *„starším lidem sice může ubývat sil, ale snaží se stále vše zvládnout sami. Pokud jim nejbližší okolí pomáhá tak, aby nemuseli nic dělat, i ve věcech, které by ještě dokázali, dává jim najevo, že už to sami nezládají dost dobře, berou jim možnost „postarat se sám o sebe“, vnucují jim pasivní roli.“*

Co se týče nadměrné pomoci starším lidem, často jejich okolí dělá maximum pro to, aby nemuseli nic dělat sami. Tím se pak snižuje samoobslužnost dotyčného, ale i jeho sebepojetí a sebehodnocení. Přitom jedním z důležitých faktorů kvality života je schopnost postarat se sám o sebe. Je proto potřeba, aby poskytovatel sociální opory dokázal rozlišit vhodnou míru pomoci tak, aby byla opravdu přínosná (Křivohlavý, 2001).

Staudinger, Marsiske, Baltes (1995) upozornili na zjištění, že *„představa, že staří lidé jsou nutně osamělí a sociálně izolovaní, neodpovídá skutečnosti. Vycházejí z longitudinálních studií, které ukázaly, že se během života nijak zásadně nemění ani počet osob, se kterými je jedinec v kontaktu, ani častost kontaktů“* (Šolcová, 2009, s. 63).

V souvislosti s tímto tématem se Antonucci (1985) ve své práci zmiňuje o tzv. konvojovém modelu sociální sítě (sociálních sítích). *„Má tím na mysli to, že na své cestě životem jedinec některé své členy svého doprovodu ztrácí a někteří zase přibývají, a tak se konvoji daří plnit základní podpůrnou funkci“* (Šolcová, 2009, s. 63). Sociální opora byla prvotním činitelem, který byl označován jako faktor, který mění vliv nepříznivých životních situací na celkový stav jedince. Ochranný vliv tohoto činitele zmiňuje většina do současné doby uveřejněných výzkumných studií. Je pravděpodobné, že působení

sociální opory je nepřímo ovlivněno socioekonomickým postavením jedince a že sociální nouze pak relevantním způsobem omezuje přístup jedince k sociálním zdrojům. Toto se ukázalo ve studii Krause (1997), která zkoumala korelaci sociální opory s mortalitou lidí vyššího věku. Podle zjištěných údajů byla formulována hypotéza, že sociální opora je u starých lidí spojena s nižší mírou mortality jen u jedinců se vyšším sociálním statutem (Šolcová, 2009).

3.1 Změny ve zdrojích sociální opory

Ačkoli by se mohlo zdát, že zdroje sociální opory seniorů budou nízké nebo alespoň nižší, nemusí to být pravda. Ukazuje se, že senioři mají obvykle velmi dobré sociální sítě, z nichž mohou potřebnou oporu čerpat (Wanless, Mitchell & Wister, 2010; Wenger, 2001). Je tomu tak proto, že v průběhu života člověk o různé své kontakty a přátelství přichází, ale také nachází nové a tím se zdroje průběžně doplňují. Tomuto modelu pak říkáme „konvoj“. Někdy je však potřeba sociální kontakty posílit nebo zvětšit síť zdrojů sociální opory a doplnit tak svůj „konvoj“.

Nepostradatelný a nenahraditelný lidský kontakt lze ale i vhodně doplnit různými alternativami. Jednou z možností je např. využití různých zájmových nebo podpůrných skupin, kde se nabízí možnost setkat se s novými lidmi, zúčastnit se různých společenských aktivit a vytvářet nová přátelství. (Lund, 1989; Stuart-Hamilton 1999). Další relativně novou možností související s rozvojem technologií a rozšířením internetu jsou různé internetové komunity. Nimrod (2010) zjistil, že popularita těchto komunit prudce stoupá a navštěvuje je stále více seniorů. Tyto komunity lákají nejvíce introvertní seniory a ty, jež nemají problém s psaním. (pozn. Tento výzkum byl proveden v rámci anglicky mluvících zemí, o podobných aktivitách u nás se mi nepodařilo sehnat informace).

3.1.1 Domácí zvíře

Velký význam a úlohu ve zdrojích sociální opory seniorům může sehrát domácí zvíře. Nemusí to být nutně pes či kočka, ale třeba i papoušek, králík nebo další malá zvířata. Zvíře je na svém majiteli existenčně a často i citově závislé, je proto nutné aby se o něj majitel staral a to nejenom o stravu, pohyb, hygienu a zdraví, ale i o jeho citové potřeby. Daného člověka tak nutnost péče o svěřenou bytost aktivizuje, pomáhá udržovat denní režim a psychickou nebo i tělesnou kondici. Obzvláště je pak domácí mazlíček přínosem pro ty, kteří mají kladný vztah ke zvířatům nebo k přírodě, případně mají celoživotně zdroje sociální opory méně početné, či se významně nebo rychle mění. Jako majitel určitého druhu mazlíčka se člověk navíc stává členem určité sociální skupiny a může mu pomoci snáze navázat vztahy s dalšími lidmi, např. alespoň povrchní vztahy s pejskaři z okolí, s nimiž se potkávají při procházkách (Šolcová, 2009).

Je však nutné, aby se člověk o zvíře staral z vlastní vůle či alespoň se souhlasem. Když rodina svému staršímu členovi např. koupí psa aby ho „donutili se hýbat“ nebo jako náhražku za nedostatek vlastní pozornosti či z rozmaru v přímém rozporu s přáním dotyčného, může vzniknout mnohem více škody než užitku. Může to mít velký negativní dopad nejen na vztahy mezi poskytovatelem a příjemcem této formy sociální opory, ale i na vztah s daným zvířetem. Někdy také na kvalitu života příjemce a zvířete. Také může mít negativní dopad na lidi velice uzavřené, domácí zvíře může svého majitele od společnosti jiných lidí „odvádět“ a ještě více izolovat (Beck & Katcher, 2003). To, že kladný efekt zvířete jako zdroje sociální opory není automatický u všech lidí, dokládá Antonacopoulos a Pychyl (2010). Jejich výzkum také naznačil potřebu dalších výzkumů zaměřených především na zdroje sociální opory mezi lidmi a vztahu ke zvířatům.

3.1.2 Robotické zvíře

Rozvoj informačně komunikačních technologií s sebou v posledních letech přinesl zcela nové technologické možnosti v různých oblastech našeho života. Některé stávající firmy, které se zabývají výrobou elektroniky, se začaly specializovat i na výrobu elektronických zvířat, tzv. zábavných robotů. Jde o relativně novou věc, takže dohledat informace v odborných publikacích bylo obtížné, čerpám tedy i ze zdrojů méně odborných a důvěryhodných nebo sekundárních.

Na našem trhu se můžeme nejčastěji setkat např. s robotickou kočkou nebo psem, které se svými projevy v mnoha ohledech podobají živým zvířatům. Robotický pes je řízen poměrně složitým počítačovým programem s umělou inteligencí, který mu dává schopnost učit se vlivem působení vnějších podnětů. Takovýto robotický pes je schopný chodit plynulou chůzí, je možné jej i venčit, běhá za míčkem, vrtí ocasem, štěká, vrčí apod. Můžeme se dále setkat i s robotickými zvířaty, které jsou díky své počítačové technologii schopni monitorovat zdravotní stav starého člověka. Smyslem těchto robotických zvířat je především snaha obveselit lidi a současně jim dělat i společnost.

Co nás však vede k tomu, že si pořizujeme robotická zvířata? Je to především to, že robotické zvíře nemusíme chodit několikrát denně venčit, krmit jej, jezdit s ním k veterináři, starat se o něj v době nemoci apod. Pokud nemáme náladu, robotické zvíře lze prostě „vypnout“. Avšak živé zvíře stále vyžaduje naší pozornost a péči, ať se nám chce nebo ne. Může však robotické zvíře plně nahradit živé zvíře a to zejména z hlediska prokázaného pozitivního psychologického vlivu, resp. terapeutického účinku, na člověka? Zejména starým lidem, kteří již nemají potřebné síly na to, aby se starali o živé zvíře, či se zvířete museli z různého důvodu vzdát, může toto neviditelné pouto s živým zvířetem opravdu chybět.

V roce 2008 byl v časopise Psychologie Dnes publikován článek E. Kubové o prvním terapeutickém robotovi v podobě mláděte bílého tuleně, jehož vynálezcem je Dr. Takanori Shibata z National Institute of Advanced Science and Technology z Japonska.

Základní premisou tohoto robota, který byl pojmenován „Paro“ je výzkumy prokázaný fakt terapeutického vlivu zvířete na člověka. Tento robot je sestaven tak důmyslně, že jeho elektronické systémy mu umožňují chovat se jako běžné zvíře. I v některých dalších zemích jako je např. Itálie, Německo či Francie je toto robotické zvíře úspěšně používáno jako náhrada za živá zvířata na vybraných zdravotnických zařízeních a zařízení sociálních služeb. Dokonce ve Švédsku byl tento robotí tuleň uznán oficiálním léčebným prostředkem (Kubová, 2008).

Polakovič (2008 podle Kubové, 2008, s. 37) k této problematice uvádí, že *„terapie pomocí zvířat, ať už živých nebo robotických pracuje na základě stimulace pozitivních emocí. Terapie pomocí zvířete je hodně využívána při různých typech somatických i psychických onemocnění. Jako podpůrná metoda má velmi dobré výsledky, avšak jako taková by se měla vždy využívat s konkrétním terapeutickým záměrem. Při její aplikaci je důležité postupovat systematicky a např. na základě statistik, pozorování a sledování úspěšnosti, hodnotit i její účinnost, aby se vyloučily jiné intervenující proměnné v léčbě, jako je např. placebo efekt apod.“*

Není tedy podstatné, zda jde o živé zvíře nebo o robota. Míra pozitivního účinku vlivu živých i robotických zvířat na fyzický a psychický stav člověka je prokazatelná.

3.2 Senior jako poskytovatel sociální opory

V současné době nemusí vždy senior vystupovat jen z pozice příjemce sociální opory, ale i on sám se může stát významným poskytovatelem sociální opory. Vlivem stárnutí se šíře sociální opěrné sítě seniorů mění a v důsledku působení času i zmenšuje. Patrné je to zejména ve vztahu k rodině a přátelům.

Rodina představuje pro seniora určitý pevný bod, je důležitou složkou jeho identity, kdy se člověk mimo jiné definuje příslušností ke svým dětem a vnukům. Svým způsobem je rodina pro seniora nenahraditelná a naopak. I seniorům je významným zdrojem naplňování základních funkcí rodiny. Senior bývá nepostradatelným členem

rodiny zejména pro svoji moudrost, rozvahu, porozumění a poskytované rady. Role seniorů v rodině se však v důsledku mnoha společenských změn změnila. I přesto však senioři mohou působit svou životní zkušeností a přinášet do života mladších členů rodiny jiný úhel pohledu na svět. Jsou to především děti, resp. vnoučata, která potřebují své prarodiče, protože to, co jim jejich rodiče v důsledku svého pracovního vytížení nebo nedostatku psychosociálních schopností nemohou dát, mohou poskytnout právě prarodiče (Klevetová & Dlabolová, 2008).

Podle Mlýnkové (2011, s. 35-36) děti „čerpají z přítomnosti prarodičů, s nimiž udržují jiné vztahy než se svými rodiči. Učí se úctě k seniorské populaci, poznávají svět dříve narozených osob, jejich problémy, názory a odlišnosti od osob ostatních věkových kategorií.“

Senioři jsou v rodinách významným zdrojem tradice a emočních vazeb. Podílejí se na vedení domácnosti, na jejím financování a naplňování mnoha rodinných funkcí. Holmerová et al. (2007, s. 64) uvádí, že senioři jsou pro rodinu důležití nejen z hlediska „fyzické či finanční výpomoci v rodině (za cenu úsporného hospodaření), ale pro poskytování emoční podpory dětem, vnoučatům, poskytují praktickou pomoc, hlídají vnoučata, v případě potřeby nabízejí dospělým potomkům či vnoučatům střechu nad hlavou, vnášejí jiný úhel pohledu na problémy v rodině.“

Ve stáří jsou kromě rodiny důležití i přátelé a známí. Senioři dávají přednost právě těmto kontaktům, protože posilují pocit jejich jistoty a naplňují jejich očekávání, která se vlivem času nemění. Tím se posilují vzájemné vazby na vlastní generaci, která má podobné životní názory, hodnoty, zkušenosti a postoje. Díky tomu senior lépe rozumí svým vrstevníkům, než těm mladším. „Příslušníci této generace spoluvytvářeli jejich svět po celý život a mají pochopení pro problémy, které přináší stárnutí. Pocit generační sounáležitosti a solidarity je pro seniory důležitý. Důraz na vrstevníky je ve stáří stejně silný, jako byl v dětství a dospívání.“ (Vágnerová, 2007, s. 345).

4 Návrh výzkumného projektu

Empirická část práce se zaměřuje na zmapování sociální opory seniorů v ústavní péči v kontextu kvality jejich života. Dle zjištěných výsledků budou následně navrženy možnosti zlepšení sociální opory u těchto seniorů. V následujících kapitolách budou popsány metodologické podrobnosti výzkumného šetření. V první části je blíže specifikován výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné hypotézy. Následně je popsána vybraná technika sběru dat a konstrukce výzkumného vzorku šetření. Na závěr kapitoly je popsána metoda zpracování a interpretace získaných statistických dat.

4.1 Výzkumný problém

Dříve než budou představeny jednotlivé výzkumné otázky, které byly stanoveny na základě konceptů a teoretických východisek popsaných v teoretické části práce, je třeba vysvětlit, na jaký výzkumný problém se výzkum zaměřuje, jaké jsou tedy dílčí výzkumné cíle.

Dle Strausse a Corbinové (1999) je jedním z nesnadných úkolů výzkumníka právě určení zkoumaného problému a jeho ohraničení do takové podoby, aby s ním bylo možné co nejlépe pracovat. Pro určování výzkumného problému jsem vycházela z výše uvedeného zdroje. Moje osobní zkušenost se seniory v ústavní péči byla spíše počátečním motivem ke studiu příslušné odborné literatury.

Na základě výše uvedeného jsme definovali výzkumný problém a v mnoha ohledech nám toto napomohlo k dosažení komplexního pohledu na danou problematiku. Tu jsme se snažili blíže představit v teoretické části práce a nyní ji budeme zkoušet co nejvíce uplatnit i v kontextu výzkumného šetření. Výzkumným problémem je tedy sociální opora seniorů v ústavní péči a kvalita jejich života.

Dragomerická et al. (2006, s. 10) uvádí, že se kvalita života považuje „za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu

života, jak člověk vnímá své postavení v životě a v kontextu kultury, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Jedním z kritérií kvality života člověka je jeho subjektivní prožívání a hodnocení, které je úzce spojeno s hodnotovou orientací člověka a ovlivněno jeho individuální životní historií, sociální výchovou, vzděláváním i charakteristikou sociálního prostředí. Podle Novákové (2011, s. 175) jsou pro *„kvalitu života ve stáří vedle zdraví a soběstačnosti důležité další faktory, včetně ekonomického zabezpečení, vstřícného prostředí, psychické pohody, mobility a využití volného času“.* Kvalita života je multifaktoriálně ovlivněna i sociální oporou, resp. sociálními vztahy člověka, ale i tím, jak se člověk dokáže vyrovnat s různými životními situacemi, ať už dobrými či špatnými a jak přistupuje k životu jako takovému.

Jednou z těžkých situací v životě seniorů je přechod z domácího prostředí do ústavní péče. Nejčastějším důvodem této životní změny je zejména zhoršující se zdravotní stav seniorů, malá soběstačnost a často i absence možnosti rodinné péče. Toto období je pro seniory velmi náročné a ti se tak musí vyrovnávat s mnoha změnami, mezi nimiž je i změna v oblasti sociálních vztahů vyvolaná změnou prostředí, přijetím nových sociálních rolí apod. V souladu s teoretickými východisky a poznatky představenými v předchozí části práce bude výzkum usilovat o dosažení tohoto cíle prostřednictvím porozumění jedné z dimenzí životní situace seniorů v ústavní péči, tedy sociální podpoře, resp. jejich sociálního okolí.

4.2 Cíle výzkumu a hypotézy

Jak už bylo zmíněno v teoretické části práce, každý člověk potřebuje mít ve svém životě alespoň nějaký zdroj sociální opory, který mu pomůže překonávat různé životní situace a obtíže. Proto se zaměříme především na hledání zdrojů sociální opory a zjišťování jejich efektivity.

4.2.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem této práce bude zmapovat sociální oporu seniorů v ústavní péči a zjistit zda a do jaké míry se tato opora může promítat do vnímané kvality jejich života. Níže jsou vypsány stanovené výzkumné cíle:

Cíl č. 1: Zmapovat míru vnímané sociální opory u seniorů v ústavní péči.

Cíl č. 2: Prozkoumat míru prožívané kvality života v ústavní péči.

Cíl č. 3: Zjistit korelaci mezi sociální oporou a kvalitou života seniorů v ústavní péči.

4.2.2 Výzkumné hypotézy

Za účelem splnění výše stanovení dílčích cílů práce jsme stanovili následující výzkumné hypotézy, které bychom se pokusili na základě získaných výsledků výzkumného šetření potvrdit.

Hypotéza č. 1: Ženy vykazují signifikantně vyšší skóre vnímané sociální opory než muži.

Hypotéza č. 2: Ženy vykazují signifikantně vyšší skóre ve vnímané kvalitě života než muži.

Hypotéza č. 3: Existuje signifikantně významná pozitivní korelace mezi vnímanou sociální oporou a kvalitou života.

4.3 Metodologie výzkumu

S přihlédnutím k předmětu zkoumání jsme zvolili kvantitativní přístup a jako metodu sběru dat jsme použili dotazník. Výsledky měření jsou následně zpracovány, analyzovány a interpretovány za využití matematických modelů a deskriptivní

statistiky. Dotazník je jednou z nejvyužívanějších a efektivních technik sběru dat, avšak jeho návratnost není vždy jistá. Bude proto nutné k této skutečnosti přihlídnout a ověřit znovu reprezentativnost vzorku.

S přihlédnutím k předmětu zkoumání jsme jako konkrétní techniku sběru dat zvolili standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace v krátké verzi WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life -BREF), který posuzuje kvalitu života ve čtyřech oblastech: fyzická, prožívání (psychická), sociální vztahy a prostředí. Oblast fyzického zdraví hodnotí bolest, závislost na lékařské péči, únavu, pohyblivost, spánek, každodenní a pracovní činnosti. Oblast prožívání duševního zdraví je zaměřena na potěšení ze života, smysl života, schopnost soustředění, spokojenost se sebou a na negativní pocity. Třetí oblast sociálních vztahů se zaměřuje na hodnocení osobních vztahů, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí. Poslední oblastí je prostředí, které se zaměřuje na finanční situaci, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotnické péče a dopravy. Dotazník obsahuje celkem 26 položek formou uzavřených otázek, z nichž dvě položky samostatně zjišťují celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1 – 5. Vyšší skóre znamená vyšší míru kvality života.

Druhým dotazníkem, který by byl využit pro náš výzkumný záměr, je Škála vnímání sociální opory PSSS (Perceived Social Support Scale), jehož autorem je J. A. Blumenthal et al. Tento dotazník se zaměřuje na zjišťování úrovně vnímání sociální opory, resp. na zjišťování ochranného účinku mezilidských reakcí a vlivu sociální sítě na úroveň individuální pohody a zdraví. Dotazník PSSS obsahuje celkem 12 základních otázek. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1 – 7. Při vyhodnocování výsledků je posuzováno, jak 3 dílčí skóre vyjadřují sociální oporu od rodiny, blízkých osob a přátel, tak i celkové vnímání sociální opory jako takové (Gillernová, et al., 2011).

Jednotlivé dotazníky byly administrovány individuálně na základě dobrovolnosti respondentů. Po testovaných respondentech nebyly požadovány žádné osobní údaje,

podle nichž by bylo možné jednotlivé klienty zařízení sociálních služeb zpětně identifikovat.

4.4 Výzkumný vzorek

Výběr respondentů by byl proveden náhodným losem tak, aby byla zachována reprezentativnost vzorku populace. Respondenty budou klienti domovů pro seniory v rámci celé České republiky, též vybrané losem. S žádostí o spolupráci nejdříve telefonicky oslovíme vedení jednotlivých domů pro seniory, resp. ředitele těchto zařízení. Následně by na osobní schůzce se sociálním pracovníkem daného zařízení byly domluveny bližší podmínky realizace výzkumu a předány dotazníky k jejich distribuci jednotlivým respondentům. Distribuce i návratnost vyplněných dotazníků by probíhala s ohledem na zachování anonymity i dobrou znalost sociálního pracovníka příslušných respondentů právě jeho prostřednictvím. Vyplněné dotazníky za jednotlivé domovy pro seniory by nám byly sociálními pracovníky předány v zalepených obálkách.

4.5 Metody zpracování a analýzy dat

Po skončení vlastního výzkumného šetření bylo provedeno třídění, statistické zpracování a vyhodnocení výsledků za využití počítačového programu Microsoft Excel 2010. Zpracování dílčích oblastí by bylo docíleno za pomoci Pearsonova korelačního koeficientu a Kolmogorovov-Smirnova testu.

Kolmogorovov-Smirnov test je používán po posuzování rozdílů ve struktuře dvou nezávislých souborů o malém rozsahu. Testuje se zde nulová hypotéza, která obsahuje domněnku, že oba testované soubory pocházejí ze stejného základu výběru.

4.6 Diskuse

Tento design výzkumu má všechny výhody a nevýhody kvantitativního výzkumu. Jednou z významných nevýhod je obtížnější interpretace. Např. když by se prokázala korelace mezi sociální oporou a životní spokojeností, nemusí to znamenat kauzalitu. Celý výzkum tak mnoho nenapoví o případných vztazích mezi sociální oporou a kvalitou života, bude opravdu plnit pouze funkci mapovací.

Druhým velkým úskalím bude reprezentativnost vzorku i výsledků. I přes snahy o vyvážení se zřejmě nepodaří vše adekvátně vyrovnat už jen z důvodu předpokládaného malého množství probandů, kteří by splňovali kritéria a zároveň by se chtěli výzkumu zúčastnit. Rovněž by mohly být problémy s případným chybným výkladem dotazníků respondenty nebo zkreslení únavou při vyplňování. Obojí je pravděpodobnější než u jiných klasických vzorků populace vzhledem k častému zhoršování kognitivních funkcí s přibývajícím věkem.

Další úskalí je nepochybně v použití při sběru dat prostředníka z řad zaměstnanců ústavů. Mohlo by se stát, že respondenti z obav o anonymitu se budou záměrně snažit pozitivně zkreslit výsledky. Zkreslení by také mohl zvláště v tomto případě způsobit už fakt, že se o dané respondenty bude projevovat tímto způsobem zájem a tím může vzrůst jejich skóre spokojenosti.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo podat ucelený pohled na problematiku sociální opory a stáří jako poslední etapy lidského života. Práce byla rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce se věnovala vymezení sociální opory, popsala používanou terminologii a její základní pojmy. Dále se zaměřila na důležité aspekty sociální opory, jednotlivé typy sociální opory, teorie sociální opory, zdroje sociální opory včetně popisu jejich pozitivních a negativních vlivů. Poslední podkapitola se zabývala možnostmi zjišťování a hodnocení sociální opory.

Další kapitola se zaměřila na problematiku stárnutí a stáří a vymezila základní terminologické pojmy. Práce se věnovala zejména popisu biopsychosociálních změn charakteristických pro stáří a to v souvislosti se sociální oporou, pozitivních stránek stáří i jeho rizikovým faktorům. V neposlední řadě zde byla blíže představena teoretická východiska nejčastějších strategií, které používají senioři pro vyrovnávání se s tímto posledním obdobím jejich života. Třetí kapitola teoretické části práce se věnovala specifikám sociální opory u seniorů, změnám ve zdrojích jejich sociální opory, kde byl krátce popsán vliv živého a robotického zvířete na fyzický a psychický stav člověka. V neposlední řadě se práce věnovala tématu seniora jako poskytovatele sociální opory ve vztahu k jeho rodině a přátelům.

V empirické části práce byl předložen návrh výzkumného projektu, který se zaměřoval na zmapování sociální opory u seniorů v ústavní péči v kontextu kvality jejich života, přičemž zde byla v této souvislosti kvalita života z teoretického hlediska i blíže vymezena. Návrh výzkumu obsahoval popis výzkumného problému a vybrané metodologie výzkumu, byly stanoveny výzkumné cíle a hypotézy, vymezen výzkumný soubor i metody zpracování a následné analýzy sebraných statistických dat. Za účelem realizace výzkumného šetření byla záměrně vybraná kvantitativní výzkumná metodologie s tím, že jako samotná technika sběru dat byl použit standardizovaný

dotazník WHOQOL-BREF, který testoval míru kvality života a dotazník PSSS, který se zaměřoval na zjišťování úrovně vnímané sociální opory u seniorů.

Přínos této práce shledáváme především v možnosti získání teoretického vhledu do problematiky sociální opory u seniorů a stanovení jedné z možných oblastí jejího zkoumání. Cílem práce bylo shrnout dostupná teoretická východiska a navrhnout realizaci výzkumného šetření, prozatím bez samotné aspirace na vlastní vědecký přínos do této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Antonacopoulos, N., & Pyctyl, T. A. (2010). An examination of the potential role of pet ownership, human social support and pet attachment in the psychological health of individuals living alone. *Anthrozoös*, 23(1), 37-54.

Ling, S. M., & Bathon, J. M. (1998). Osteoarthritis in older adults. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 216-225.

Beck, A., & M., Katcher, A. H. (2003). Future Directions in Human-Animal Bond Research. *American Behavioral Scientist*, 47(1), 79-93. Doi:10.1177/0002764203255214.

Berkman, L. F., Vaccarino, V. & Seekman T. (1993). Gender differences in cardiovascular morbidity and mortality: The contribution of social networks and support. *Annals Of Behavioral Medicine*, 15(2-3), 112-118.

Blahutková, M., & Matějková, E. (2010). *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 128 s. ISBN 978-80-87178-00-3.

Blalock, S. J., DeVellis, B. M., & Giorgino, K. B. (1995). The relationship between coping and psychological well-being among people with osteoarthritis: A problem-specific approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 107-115.

Břicháček, V., & Habermannová, M. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-0042-5.

Byrne, G. J., & Raphael, B. (1997). The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(2), 241-251.

Davis, M. A., Ettinger, W. H., Neuhaus, J. M., & Mallon, K. P. (1991). Knee Osteoarthritis and physical functioning: Evidence from the NHANES I epidemiologic follow up study. *Journal of Rheumatology*, 18, 591-598.

De Araujo, G., Van Arsdell, P. P., Holmes, T. H., & Dudley, D. L. (1973). Life change, coping ability and chronic intrinsic asthma. *Journal Of Psychosomatic Research*, 17(5-6), 359-363. doi:10.1016/0022-3999(73)90045-7.

Dean, A., Ensel, & W. M. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of age and sex. *Journal Of Community Psychology*, 10(4), 392-408. Doi:10.1002/1520-6629(198210)10:4<392::AID-JCOP2290100409>3.0.CO;2-2

Dean, A., Lin, N., & Ensel, W. M. (1981). The epidemiological significance of social support systems in depression. *Research In Community & Mental Health*, 277-109.

Dragomerická E., Bartoňová, J., Motlová, L., et al. (2006). *Subjective Quality of life Analysis*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 10 s. ISBN 80-85-121-47-6.

Eaton, W. W. (1978). Life events, social supports, and psychiatric symptoms: A reanalysis of the New Haven data. *Journal Of Health And Social Behavior*, 19(2), 230-234. Doi:10.2307/2136537

Ehret, D., & Massey, J. (2003). Supporting Edina's seniors: Opportunities for strengthening informal support networks. Edina, MN: City of Edina. Available at www.ci.edina.mn.us/PDFs/SeniorAssessment2003.pdf

Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.

Feld, S., & George, L. K. (1994). Moderating effects of prior social resources on the hospitalizations of elders who become widowed. *Journal of Aging and Health*, 6(3), 275-295.

Gillernová, I., Kebza, & V., Rymeš, M. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

Harlow, S. D., Goldberg, E. L., & Comstock, G. W. (1991). A longitudinal study of the prevalence of depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1065–1068.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

Hayes, P. (2006). Home is where their health is: Rethinking perspectives of informal and formal care by older rural Appalachian women who live alone. *Qualitative Health Research*, 16, 282–297.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Chamoutová, K., & Chamoutová, H. (2006). *Duševní hygiena: Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, Katedra psychologie. 209 s. ISBN 978-80-213-1152-7.

Jorm, A. F. (1995). The epidemiology of depressive states in the elderly: Implications for recognition, intervention and treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(2), 53–59.

Keating, N., & Dosman, D. (2009). Social capital and the care networks of frail seniors. *Canadian Review Of Sociology*, 46(4), 301–318. doi:10.1111/j.1755-618X.2009.01216.x

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

Kelnarová, J., & Matějková, E. (2010). *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. díl. 1. vyd. Praha: Grada. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.

- Klvetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- Krutilová, & Nováková, R., et al. (2011) *Pečovatelsví II*. 1. vyd. Praha, Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
- Křivohlavý, J. (1999). Zjišťování sociální opory dětí. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1, s. 65 – 71.
- Křivohlavý, J. (2000). *Pastorální péče*. 1. vyd. Oliva: Praha. 177 s. ISBN 80-85942-42-9.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
- Kubová E. (2008) *Tuleň v roli terapeuta*. In *Psychologie Dnes*, č. 10. Grada, s. 36-37. ISSN 1212-9607.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- Lund, D. A. (1989). *Older bereaved spouses: Research with practical applications*. New York: Hemisphere Publishing Company
- MAREŠ, J., et al. (2002). *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, s. 79-90. ISBN 80-86225-25-9.
- Mareš, J., Hodačová, L., & Býma, S. (2005). *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 212 s. ISBN 80-246-1062-0.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

Murrell, S. A., Meeks, S., & Walker, J. (1991). Protective functions of health and self-esteem against depression in older adults facing illness or bereavement. *Psychology and Aging*, 6 (3), 352–360.

Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

Nimrod, G. (2010). Seniors' online communities: A quantitative content analysis. *The Gerontologist*, 50(3), 382-392. doi:10.1093/geront/gnp141

Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1990). Social support, life events and stress as modifiers of adjustment to bereavement by older adults. *Psychology and Aging*, 5(3), 429–436.

Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

Pečtová, K.: Mezigenerační rozdíly ve vybraných hodnotových preferencích. In BŘICHÁČEK, V., HABERMANNOVÁ, M. (2007). *Studie z psychologie zdraví*. Praha: Ermat. 257 s. ISBN 978-80-87178-00-3.

Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason B. R. (1991). General and Relationship-Based Perceptions of Social Support: Are Two Constructs Better Than One?. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 61(6), 1028-1039.

Pichaud, C., & Thareauová, U. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323–332.

Rozenzweig, A., Prigerson, H., Miller, M. D., & Reynolds, C. F. (1997). Bereavement and late-life depression: Grief and its complications in the elderly. *Annual Review of Medicine*, 48, 421–428.

Ryser, L., & Halseth, G. (2011). Informal support networks of low-income senior women living alone: Evidence from Fort St. John, BC. *Journal Of Women & Aging*, 23(3), 185-202. doi:10.1080/08952841.2011.587734

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 8(1), 99-127. Doi:10.1177/0265407591081005.

Sherman, A. M., Shumaker, S. A., Rejeski, W., MORGAN, T., APPLGATE W. B., & ETTINGER, W. (2006). Social support, social integration, and health-related quality of life over time: Results from the Fitness and Arthritis in Seniors Trial (FAST). *Psychology & Health*, 21(4), 463-480. doi:10.1080/14768320500380881

Smolík, P., Pretl, M., & Konštický, S. (2011). *Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích pro praktické lékaře: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 12 s.

Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., & Alexander, S. (2001). Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18(1), 54-63. doi:10.1046/j.1525-1446.2001.00054.x

Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. 176 s. ISBN 80-8583-460-X.

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

Sylvestre, G., Christopher, G. & Snyder, M. (2006). *The mobility needs and transportation issues of aging population in rural Manitoba*. Winnipeg, MB: Transportation Working Group and Institute of Urban Studies.

Šimíčková-Čížková, J. (2010). *Přehled vývojové psychologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.

Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 124 s. ISBN 978-80-7372-307-1.

Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. 1. vyd. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. 122 s. ISBN 978-80-7368-575-1.

Vašutová, M. (2010). *Základy biodromální psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta. 374 s. ISBN 978-80-7368-934-6.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha, Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Wanless, D., Mitchell, B., & Wister, A. (2010). Social determinants of health for older women in Canada: Does rural-urban residency matter? *Canadian Journal on Aging*, 29, 233–247.

Wedlichová, I., & Heřmanová, V. (2008). *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. V Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 143 s. ISBN 978-80-7414-044-0.

Wenger, G. (2001). Myths and realities of ageing in rural Britain. *Ageing and Society*, 21, 117–130.

Winningham, R. G., & PIKE, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, 11(6), 716-721. doi:10.1080/13607860701366228

Yang, J., Yang, Y., Liu, X., Tian, J., Zhu, X., & Miao, D. (2010). Self-efficacy, social support, and coping strategies of adolescent earthquake survivors in China. *Social Behavior And Personality*, 38(9), 1219-1228. doi:10.2224/sbp.2010.38.9.1219

Zautra, A. J., Reich, J. W., & Guarnaccia, C. A. (1990). Some everyday life consequences of disability and bereavement for

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník kvality života

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal/a kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Přečtete si jednotlivé otázky spolu s možnostmi odpovědí. Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Pokud si nejste jistý/á, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?				
velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5
2. Jak jste spokojen/á se svým zdravím?				
velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5

4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/a nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních 2 týdnech.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	velmi špatně	velmi špatně	velmi špatně	velmi špatně
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s	1	2	3	4	5

podmínkami v místě, kde žijete?					
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha č. 2 – Dotazník PSSS

Přečtěte si pozorně každou položku dotazníku s možnostmi odpovědí. Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Pokud si nejste jistý/á, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Čísla mají následující význam:

7 rozhodně souhlasím	3 spíše nesouhlasím
6 souhlasím	2 nesouhlasím
5 spíše souhlasím	1 rozhodně nesouhlasím
4 nevím	

1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku	1	2	3	4	5	6	7
2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti	1	2	3	4	5	6	7
3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat	1	2	3	4	5	6	7
4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji	1	2	3	4	5	6	7
5. Existuje člověk, který je pro mě zdrojem radosti a spokojenosti	1	2	3	4	5	6	7
6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat	1	2	3	4	5	6	7
7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně	1	2	3	4	5	6	7
8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech	1	2	3	4	5	6	7
9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti	1	2	3	4	5	6	7
10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a	1	2	3	4	5	6	7

jak na tom jsem							
11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá	1	2	3	4	5	6	7
12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit	1	2	3	4	5	6	7